Hälsodeklaration vid vaccination Vuxen

Gäller vaccination mot covid-19, säsongsinfluensa och pneumokocker.

Personnummer: .....

Fyll i en hälsodeklaration per person.

Namn: .....

Känner du dig frisk idag utan tecken på infektion som exempelvis feber?	☐ Ja	☐ Nej
Har du blivit vaccinerad den senaste månaden? Om ja, mot vad:	☐ Ja	☐ Nej
Är du allergisk mot ägg?	☐ Ja	☐ Nej
Har du allergier mot något annat (till exempel födoämne, insekter, läkemedel) som någon gång gett dig kraftiga reaktioner som du behövt behandling på akutmottagning eller inläggning på sjukhus för?	☐ Ja	☐ Nej
Har du någon gång efter vaccination eller efter injektion av läkemedel fått en kraftig reaktion som du behövt behandling på akutmottagning eller inläggning på sjukhus för?	☐ Ja	☐ Nej
Har du ökad blödningsbenägenhet p.g.a. sjukdom eller behandling?	☐ Ja	☐ Nej
Har du någon av följande kroniska sjukdomar eller tillstånd:		
Kronisk lungsjukdom, inklusive KOL eller svår, instabil astma?	☐ Ja	☐ Nej
Nedsatt lungfunktion och försämrad hostkraft till följd av neuromuskulär sjukdom, extrem fetma (BMI>40) eller annat?	☐ Ja	☐ Nej
Kronisk hjärt- och kärlsjukdom inklusive stroke?	☐ Ja	☐ Nej
Nedsatt immunförsvar till följd av sjukdom eller behandling? Till exempel immunbristsjukdom, nylig stamcellstransplantation, organtransplantation, immunhämmande behandling vid cancer eller autoimmun sjukdom.	☐ Ja	☐ Nej
Kronisk lever- eller njursvikt?	☐ Ja	☐ Nej
Diabetes mellitus typ 1 eller 2?	☐ Ja	☐ Nej
Cystisk fibros?	☐ Ja	☐ Nej
Nefrotiskt syndrom?	☐ Ja	☐ Nej
Har du cochleaimplantat?	☐ Ja	☐ Nej
Har du likvorläckage?	☐ Ja	☐ Nej

→ Fortsättning nästa sida

Har din mjälte opererats bort eller har du dåligt fungerande mjälte?	☐ Ja	☐ Nej
Har du Downs syndrom?	☐ Ja	☐ Nej
Är du gravid? Om ja, ange graviditetsvecka:	☐ Ja	☐ Nej
Är du vård-/omsorgspersonal?	☐ Ja	☐ Nej
Har du dagliga omsorgsinsatser?* ** Det vill säga dagliga omsorgsinsatser från exempelvis hemtjänst, SÄBO/korttidsboende eller motsvarande. Personer som endast har hemtjänst-insatser i form av städning, trygghetslarm eller leverans av matlådor, ingår inte.*	☐ Ja	☐ Nej
Har du nedsatt hälsotillstånd?* ** På grund av till exempel demens, psykisk sjukdom, drog- eller alkoholbruk.*	☐ Ja	☐ Nej
Samtycker du till att dina vaccinationsuppgifter går att läsas av andra vårdgivare?	☐ Ja	☐ Nej

Underskrift – lämna ifylld hälsodeklaration till din vaccinatör

Vuxna

....
Datum Underskrift av den som ska vaccineras

Ifylls av den som ger vaccin	Vä	Hö	Arm	Ben	I.M.	S.C.	Batch-lapp
Vaccigrip tetra -influensa							
Eflualda tetra - förstärkt							
Comirnaty - Covid							
Pneumovax- Pneumokocker							
Prevenar 20 (fd Apexxnar)							

....
Datum Namn vaccinatör